UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 39

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-APPENDICITES

PNEUMONIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1910

PAR

Ladislas KULCZEWSKI

Né à Mascara (Oran), le 11 février 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, Professeur, *Président.*
- BAUMEL, Professeur
- LAPEYRE, Agrégé
- LEENHARDT, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-APPENDICITES PNEUMONIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 39

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-APPENDICITES

PNEUMONIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Ladislas KULCZEWSKI

Né à Mascara (Oran), le 11 février 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, Professeur, *Président.*
- BAUMEL, Professeur
- LAPEYRE, Agrégé
- LEENHARDT, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET ( ). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDÉNAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲)
Cliniquemédicale	CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants . . .	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUZOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, *président.* | LAPEYRE, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.* | LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Je dédie cette étude en gage de mon affection filiale et respectueuse et comme témoignage de ma reconnaissance.

A MA FEMME

Compagne attentive et dévouée de chaque jour qui sut à certains moments nous faire si bien oublier nos peines. Nous voulons lui apporter ici le gage de notre amour profond et éternel.

A NOTRE GRAND PÈRE Louis CHABBERT

Qui a suivi avec un si paternel intérêt nos études, nous témoignons en ce jour notre affection respectueuse.

L. KULCZEWSKI.

A TOUS MES AUTRES PARENTS

Nous voulons leur dire co bien tous ils nous sont chers et combien nous nous efforcerons toujours de mériter leur affection.

A MES AMIS

Qui participèrent avec trop de cœur aux peines qui nous assaillirent pour que nous omettions en ce jour de joie de leur exprimer nos bons sentiments.

L. KULCZEWSKI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LAPEYRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LEENHARDT

Nous tenons à exprimer ici toute notre vive gratitude pour l'honneur qu'ils nous firent en acceptant de siéger à notre jury de thèse et nous voulons leur témoigner tous nos sentiments de la plus respectueuse reconnaissance.

L. KULCZEWSKI.

A Monsieur le Docteur EUZIÈRE

Nous adressons ici nos remerciements et les meilleurs sentiments d'amitié pour l'effort qu'il s'est imposé de diriger notre travail de recherche dans l'édification de cet ouvrage.

L. KULCZEWSKI.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-APPENDICITES

PNEUMONIQUES

INTRODUCTION

On connaît les affirmations de Dieulafoy (1) : « Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite. — On ne doit jamais mourir d'appendicite. — On ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard. » Ce n'est pas notre intention de discuter si dans le dogmatisme de ces formules il n'y a pas quelque exagération. Il nous suffit d'en conclure que pour pouvoir pratiquement appliquer à bon escient cette théorie de l'opération hâtivé dans toute inflammation appendiculaire, il faut être assuré de pouvoir en porter le diagnostic avec certitude.

---

(1) Manuel de pathologie interne.

On sait qu'à ce point de vue il y a encore bien du chemin à faire et l'existence dans la littérature médicale d'expressions comme celles de pseudo-appendicite, d'appendicite fantôme, de fausses appendicites, en dit long sur les erreurs possibles. Aussi bien Dieulafoy (1) lui-même a senti le danger et dans une affirmation non moins lapidaire que les précédentes, mais qui, de se trouver dans sa bouche, reçoit une nouvelle vigueur, il est venu affirmer à la tribune de l'Académie de médecine que : « Quantité de gens, simplement atteints de typhlocolite muco-membraneuse, sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. »

Cette formule pourrait être encore élargie. Il n'y a pas malheureusement que l'entérocolite qui soit la source de pareilles erreurs. On a décrit aussi des fausses appendicites grippales, des pseudo-appendicites nerveuses (Talamon (2), Dubois (3), Brissaud (4), Condamin et Voron (5), Franke (6), rhumatismales ou pneumoniques. C'est à cette dernière variété que nous consacrons cette étude.

Ces pseudo-appendicites pneumoniques sont constituées par l'allure anormale qu'affectent certains cas de pneumonie au début. Des phénomènes d'apparence appendiculaire

---

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris (séance du 29 mai 1906, p. 597).

(2) Talamon, Appendicite et péritonisme hystérique (Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 26 mars 1897).

(3) Dubois, Appendicite et hystérie. Thèse de Paris, 1900.

(4) Brissaud, Appendicite fantôme (Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd de Paris, 19 mars 1897.

(5) Condamin et Voron, Contribution à l'étude des pseudo-appendicites (Arch. Provinciales de Chir , mai 1900).

(6) Félix Franke, Ueber Pseudo-Appendicitis (nervosi). Arch. Internationale de Chir. 1903-1904, 1. 2 d. 4.

prennent alors la place des symptômes normaux. Cette éventualité est fréquente et connue depuis déjà longtemps. On peut dire que son histoire est antérieure à la description clinique de l'appendicite, même alors on en observait des cas typiques et il est intéressant de voir des hommes comme Grisolles et Guéneau de Mussy rapporter des observations de pneumonies à point de côté abdominal pour lesquelles le diagnostic d'infection appendiculaire serait souvent envisagé par un médecin d'aujourd'hui. Depuis que l'appendicite a été isolée comme entité morbide, que l'opération précoce en a été considérée comme le meilleur traitement et que, par conséquent, le diagnostic hâtif est devenu indispensable, la question de ces pseudo-appendicites est restée constamment à l'ordre du jour. En France, c'est à Mirande qu'on doit la première revue d'ensemble sur la question. On pourra juger par la bibliographie placée à la fin de ce travail combien sont nombreux les auteurs qui s'en sont occupés et par là aussi on pourra juger de la fréquence des cas et de l'importance que chacun leur a reconnue. Pour en donner dès à présent une idée, il nous suffira de dire que, lorsque en 1908, à la Société de chirurgie, Mignon vint à parler des infections pleuro-pulmonaires à allures cliniques d'infections intra-péritonéales, on vit aussitôt dans la discussion qui suivit, Pierre Delbet, Lucas-Championnière, Paul Segond, Kirmisson, Arron, Tuffier, prendre la parole et apporter toute une série de cas qui leur étaient personnels.

Nous n'avons pas besoin, semble-t-il, d'insister plus longtemps pour faire ressortir tout l'intérêt de la question. On conçoit combien il est important d'éviter les erreurs de diagnostic qui, pour si légitimes qu'elles soient le plus souvent, ne peuvent qu'avoir pour le malade de très graves conséquences, puisque l'opération qu'elles en-

traînent est non seulement inutile, mais est même rendue dangereuse par les circonstances dans lesquelles elle est entreprise. Ce qui rend la question plus épineuse encore c'est que, comme nous le verrons par la suite, constater chez un sujet qui présente un tableau clinique appendiculaire, des signes nets de pneumonie, ne suffit pas à éliminer le diagnostic d'appendicite. Il est des cas, il est vrai, mais très importants, dans lesquels pneumonie et appendicite coexistent, relèvent souvent de la même infection et indiquent leur symptomatologie de façon si intime que le médecin court le risque de méconnaître une des deux maladies.

Le problème du diagnostic est donc des plus importants, c'est celui qui a été le plus étudié et le plus souvent envisagé. Il en est un autre qui, moins intéressant en pratique n'en garde pas moins une grande importance théorique, c'est celui de la pathogénie. Comment se produisent ces pseudo-appendicites ? Quelles sont leurs conditions d'apparition et quel en est le mécanisme ? Ce sont là les différents problèmes que nous nous proposons d'envisager. Aussi avons-nous divisé notre travail en trois parties :

1° Les Faits cliniques.
2° Leur Pathogénie.
3° Leur Diagnostic.

Nous allons les étudier successivement.

CHAPITRE PREMIER

LES FAITS CLINIQUES

A ne considérer que les cas classiques, il semble que l'action du diagnostic entre l'appendicite et la pneumonie ne doive jamais se poser. Sans doute, ce sont là deux affections dont le début est, en général, brusque et qui, au point de vue étiologique, ont quelques points de ressemblance, puisqu'elles surviennent toutes deux de préférence chez les adultes et apparaissent le plus souvent au cours d'une santé parfaite. Mais ces ressemblances une fois reconnues, tout semble devoir les distinguer parfaitement, et pour n'envisager que la période qui nous intéresse particulièrement, celle du début, il paraît que dès leur éclosion l'expression symptomatique de chacune des maladies puisse s'opposer point par point à celle de l'autre.

La pneumonie se distingue par son début particulièrement brusque, avec son grand frisson « unique et solennel », sa douleur thoracique « un peu au-dessous du mamelon » et nettement limitée, sa fièvre à ascension rapide qui atteint et dépasse immédiatement 39° ; enfin la dyspnée et la toux qui l'accompagnent presque toujours. Tout en somme parle ici en faveur d'une maladie thoracique.

Dans le début de l'appendicite, au contraire, on a eu souvent quelques prodromes ; le malade éprouvait une

sensation de gonflement, de tension, de douleur imprécise dans la fosse iliaque droite, puis il présente quelques frissonnements répétés, la fièvre oscille entre 38° et 39°. La douleur abdominale siège au point de Mac Burney, parfois nettement localisée, mais s'irradie souvent en différentes directions. Presque toujours des vomissements, surtout des vomissements bilieux, viennent compléter l'allure abdominale de cette maladie qui commence.

L'attention attirée ainsi, suivant les cas, du côté du thorax ou du côté abdominal, y est maintenue par les résultats de l'examen qui, dès cette époque, sont le plus souvent positifs.

S'agit-il d'une pneumonie ? Une moitié de thorax est immobilisée ; la percussion de la région envahie révèle, suivant les cas, une submatité ou un son tympanique passager (Jaccoud) prélude de la matité absolue que l'on trouvera le lendemain ; l'auscultation fait enfin entendre le « plus sec, le plus fin de tous les râles : le râle crépitant », signe spécifique de la pneumonie au début.

S'agit-il, au contraire, d'une appendicite, l'examen révèle une symptomatologie purement abdominale. Rien du côté du thorax ; mais du côté de la fosse iliaque on trouve *la douleur,* que par une palpation et une pression méthodique on arrive à localiser au point de Mac-Burney. Là, la musculature de la paroi se raidit sous les doigts de l'explorateur, *il y a défense musculaire,* en même temps qu'*hyperesthésie cutanée* à laquelle Dieulafoy ajoute une très grande importance : « Si on frôle légèrement la peau de cette région avec la pulpe du doigt, ou avec un crayon, on constate une hyperesthésie qui n'existe pas ailleurs sur l'abdomen. »

Eh bien, ces différences si nettes n'existent pas toujours. Les caractères spécifiques de chacun de ces symptômes peuvent s'atténuer au point que les deux tableaux cliniques, celui de la pneumonie et celui de l'appendicite, peuvent se superposer l'un à l'autre et s'identifier complètement. Le frisson de la pneumonie, quand il se produit chez des enfants, chez des sujets débiles et même des sujets vigoureux, est remplacé par une série de petits frissonnements semblables à ceux de l'appendicite. Il peut même disparaître complètement et cela n'est pas fait pour dissiper l'idée d'un syndrome appendiculaire, bien au contraire. La température peut monter moins vite et moins haut. Les vomissements peuvent apparaître ; on sait, en effet, que sans être habituels, ils accompagnent souvent les premiers signes d'une pneumonie par ailleurs tout à fait normale, surtout chez les enfants, chez lesquels on les rencontre dans la moitié des cas où cette affection évolue.

Enfin et surtout le point de côté qui est sans contredit le phénomène le plus caractéristique du début de la pneumonie, peut prendre de tels caractères et une telle localisation qu'il s'identifie avec celui du début de l'appendicite. En fait, cette dernière particularité est la plus importante et n'en est pas moins la plus compréhensible de toutes. S'il y a, en effet, une particularité symptomatique par laquelle l'appendicite se rapproche de la pneumonie, c'est bien par le point de côté. Dans les deux cas on retrouve la même brusquerie, la même acuité, le même caractère paroxystique et, des différences qui les séparent, la plus profonde est leur position. Le point de côté pneumonique est avant tout thoracique ; le point de côté appendiculaire avant tout abdominal. « Or, s'il est vrai que la douleur de l'appendicite quitte rarement son domaine abdominal, il

arrive souvent, comme le dit Mirande, que le point de côté de la pneumonie déserte le thorax et descende jusqu'au niveau de la fosse iliaque droite. » Comment s'étonner qu'avec de pareilles modifications le tableau clinique de la pneumonie arrive à prendre tout à fait l'aspect de celui de l'appendicite. Des observations fixeront à cet égard les idées mieux que nous ne pourrions le faire par la plus longue des descriptions. Nous en donnerons tout d'abord une qui est tout à fait typique, et dans laquelle une opération inutile fut la conséquence de l'erreur de diagnostic.

OBSERVATIONS

Observation première

Pneumonie lobaire droite à début simulant l'appendicite. Opération. Guérison (Mirande et Mousseaux, *in* Th. Mirande).

Edouard L..., 18 ans, garçon de café, entre le 17 février 1900 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren.

Pas d'antécédents héréditaires.

Fièvre muqueuse à 14 ans ; en juillet 1899, bronchite aiguë ; en 1900, grippe légère avec bronchite et fièvre, durée 15 jours. Guérison complète.

Le 14 février à midi, en déjeunant de bon appétit, le malade est pris brusquement pendant le repas d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite ; il éprouve plusieurs petits frissons et vomit presque immédiatement ; il s'alite aussitôt. Il souffre d'une fièvre vive, de mal de tête. La soif est vive, cependant il n'absorbe dans l'après-midi qu'un peu de lait qui est vomi dans la soirée. La nuit est mauvaise, agitée, le sommeil impossible.

Le 15, l'état est à peu près le même ; le malade a vomi le lait qu'il a absorbé ; la fièvre a persisté, de même que la douleur abdominale. Pas de selle.

Le 16, même état : persistance de la fièvre, de la douleur abdominale et de la constipation ; les vomissements ont disparu.

Le 17 au matin, trois jours après le début des accidents, le malade se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine où nous l'examinons.

C'est un garçon d'aspect vigoureux ; il se plaint d'une vive douleur dans le ventre, de mal de tête, de sa constipation, qui dure depuis trois jours.

Examen. — A l'inspection, le ventre paraît presque normal, plutôt rétracté ; la palpation révèle une contracture musculaire de défense nette qui empêche l'exploration profonde.

Il existe un certain degré d'hyperesthésie cutanée.

La palpation fait constater une sensibilité douloureuse étendue à toute la fosse iliaque droite ; pratiquée doucement avec un seul doigt au milieu de la ligne ilio-ombilicale droite, elle réveille une douleur aiguë qui ne peut être provoquée sur aucun autre point de l'abdomen. Cette constatation typique au point de Mac Burney est répétée à plusieurs reprises. Il n'y a pas d'irradiations douloureuses.

La percussion pratiquée légèrement paraît accuser une diminution de la sonorité au niveau de la région appendiculaire.

Le faciès est altéré ; le malade a les yeux cernés. La langue est sale, la respiration paraît un peu fréquente. Le pouls est rapide, brusque et dur. La peau est chaude.

Le diagnostic d'appendicite est porté : l'altération nette de l'état général fait incliner vers une intervention chirurgicale et le malade est immédiatement transporté dans une salle de chirurgie.

Après nouvel examen, le malade est opéré d'urgence ; après chloroformisation, laparotomie, recherche de l'appendice, qui est trouvé accolé à la face postérieure du cœ-

cum ; ablation de l'appendice, qui paraît sain et dont on doit faire ultérieurement l'examen histologique. Le soir, la température est à 40°.

Le lendemain 18 la température est, le matin, de 39°8. La constipation persiste, la langue est sèche ; le soir, le thermomètre monte à 40°.

Le 19, température du matin, 40°1. Aucune trace de suppuration n'étant relevée, la persistance de la fièvre et des symptômes généraux décide au transfert du malade en médecine. Le malade devant entrer salle Axenfeld, l'interne de service, mis au courant de la situation et pensant à une fièvre typhoïde, charge, à son départ de la salle, la surveillante de prélever sur le malade, dès son arrivée, quelques gouttes de sang.

Le séro-diagnostic fait dans l'après-midi reste négatif. Température, soir : 39°8. Le malade occupe à la salle Axenfeld le lit numéro 20. En arrivant auprès du malade, nouvel examen. Le visage paraît rouge et congestionné ; les pommettes, surtout la droite, sont rouge violacé ; le malade, dès le début de l'examen, fait entendre une petite toux grasse ; on insiste pour qu'il crache. Il rejette alors un crachat rouillé, épais, adhérent, qu'il détache avec peine et qui présente tous les caractères des crachats pneumoniques.

En interrogeant le malade avec soin, on peut alors apprendre quelques détails qu'il n'avait pas signalés : il reconnaît avoir ressenti, le premier et le deuxième jours, une légère douleur sous le sein droit, mais beaucoup moins intense que la douleur abdominale et qui n'existait que dans les grandes inspirations. De même, dès le début, il était sujet à une toux légère qui ne l'avait pas préoccupé ; il n'avait non plus attaché aucune importance à deux ou trois crachats semblables à de la marmelade d'abricots

et qu'il avait rejetés dans son mouchoir vers le quatrième jour de son affection, c'est-à-dire après son opération.

A l'examen du thorax, on trouve à la face droite de la poitrine une zone de matité de la hauteur de la main, où les vibrations vocales sont exagérées. A l'auscultation, souffle tubaire intense entouré d'une zone de râles crépitants et dont un certain nombre tendent déjà à présenter un timbre humide.

Langue saburrale, constipation opiniâtre, ventre normal. On prescrit un lavement qui ramène une grande quantité de matières ; une potion de Todd, des ventouses sèches.

Le 20, température matin, 39°. Etat général bon. Dans le crachoir, cinq à six crachats rouillés. Les signes stéthoscopiques n'ont pas varié, sauf les râles qui ont un timbre plus humide.

Soir, température : 39°8.

Le 21 : Température matin, 38°6. Etat stationnaire ; soir, 38°8.

Le 22, la défervescence s'est produite cette nuit. Transpiration abondante. Température, 37°6. Apparition de râles crépitants de retour. Le malade se trouve très amélioré.

La convalescence est normale. Le pansement est renouvelé le 25 ; les points de suture sont enlevés le 27 ; la cicatrisation est rapide et le malade, complètement guéri, quitte l'hôpital le 2 mars.

Examen histologique de l'appendice fait par le docteur Leray, chef du laboratoire.

Coloration à l'hématéine et au picrocarmin.

Pas de traces de lésions aiguës.

Intégrité des muqueuses, de l'épithélium, des glandes et de la musculaire.

Au picrocarmin, léger épaississement de la sous-mu-

queuse, vraisemblablement d'origine ancienne, sans aucune trace de processus aigu. Musculaire normale. Séreuse normale.

A cette observation, rien ne manque. On ne peut expliquer les anomalies du tableau clinique par les particularités du terrain. La pneumonie évolue ici chez un sujet vigoureux de 18 ans, qui avait tout ce qu'il fallait pour faire une forme classique. Les signes abdominaux sont des plus nets ; ils font penser à l'appendicite, voire même à la fièvre typhoïde ; nullement à la pneumonie. On opère et la laparotomie apporte la certitude de la fausseté du diagnostic : l'appendice ne présente pas de lésions macroscopiques ; son ablation n'amène aucune sédation dans les symptômes ; l'examen histologique ne relève aucune trace d'inflammation aiguë. Enfin, pour montrer quelle est la véritable cause de tous ces accidents, voici que les signes de la pneumonie apparaissent au complet ; les signes d'auscultation, les crachats rouillés, la défervescence brusque avec phénomènes critiques, rien ne manque pour qu'on puisse affirmer son existence. Comme on le voit, on est bien en présence d'une pseudo-appendicite pneumonique.

Des observations comme celle que nous venons de citer nous pourrions en rapporter plusieurs ; nous devons toutefois reconnaître que dans l'immense majorité des cas, l'éventualité que nous envisageons ne se présente pas chez un adulte, mais chez des enfants. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet et ce sont surtout des noms de pédiâtres que l'on trouvera dans la bibliographie. Il n'y a là rien de bien étonnant quand on connaît combien « le cortège des accidents par lesquels se traduit la pneumonie infantile est alarmant pour les familles et déconcertant

pour le médecin traitant (Variot) (1) ». Voici un exemple de ce genre de fait.

Observation II

Pneumonie simulant l'appendicite
(Comby et Zielinski Archives de Médecine des Enfants, décembre 1902).

Un jeune garçon de 8 ans, habitant Paris, place de la Nation, est atteint de rougeole au commencement de juin 1902. La fièvre éruptive fut légère et l'enfant était complètement rétabli quand il présenta tout à coup, le 12 juin, des vomissements, des douleurs de ventre, de la fièvre, de la constipation.

Il faut dire que cet enfant, quoique bien portant d'habitude, souffrait depuis plusieurs années de crises revenant à des intervalles irréguliers (tous les deux, trois ou quatre mois), et caractérisées par : vomissements, constipation, douleurs abdominales, fièvre. Un médecin avait parlé de troubles gastriques ; nous pensions à la possibilité de petites crises appendiculaires.

Quoi qu'il en soit, nous fûmes appelé à voir l'enfant le 13 juin, lendemain de l'invasion de sa maladie actuelle. Nous trouvons une température rectale de 39°3, une langue saburrale avec anorexie, un faciès grippé et enfin des douleurs spontanées, et à la pression localisées dans le côté droit du ventre. L'examen de la gorge est négatif. Peu ou pas de toux. Pas de dyspnée notable.

Nous prescrivons une potion avec extrait thébaïque, des

---

(1) Variot, Le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant (Gazette des Hôpitaux, 20 juillet 1907).

cataplasmes sur le ventre, un lavement évacuateur, des suppositoires à la quinine, la diète hydrique.

Les douleurs se calment, mais la fièvre persiste (39°6, 39°8).

Le 15 janvier (quatrième jour de la maladie), après avoir pris deux capsules d'huile de ricin, l'enfant a plusieurs vomissements, le ventre se ballonne et nous pensons à une péritonite appendiculaire. Cependant un lavement est suivi d'effet.

Le soir du même jour, M. Comby, appelé en consultation, repousse le diagnostic d'appendicite et pense à une pneumonie droite avec point de côté abdominal. En effet, le ventre était souple ; il n'y avait pas de défense musculaire au point de Mac Burney ; la douleur était modérée, le pouls bon, le faciès peu inquiétant. Une auscultation attentive faisait percevoir une différence assez notable entre les deux sommets pulmonaires, et tout bien considéré, nous nous arrêtâmes au diagnostic de pneumonie du sommet droit.

En effet, le lendemain, 16 juin (cinquième jour), les signes physiques étaient caractéristiques ; il y avait un souffle au sommet droit qui ne fit que s'accentuer le surlendemain.

Le 18 (septième jour), la température tombe, en quatre heures, à 37°6, puis à 36°4 ; c'est la défervescence qui ne s'est pas démentie. En même temps, les douleurs de ventre et les vomissements disparaissaient pour ne plus revenir. L'appétit revient rapidement et en quelques jours la guérison est complète.

Dans cette observation nous pouvons, dès maintenant, attirer l'attention sur quelques points sur lesquels nous

aurons bientôt l'occasion de revenir. Ce sont, d'une part, les antécédents du petit malade ; de l'autre, l'importance des troubles digestifs dans la symptomatologie de sa pneumonie. Il a un passé qui est peut-être un passé appendiculaire ; en tout cas, ce n'était pas la première fois qu'il souffrait de l'appendice. Les vomissements, les douleurs et le ballonnement du ventre, la constipation du ventre, occupaient dans le tableau clinique de son infection pulmonaire une place un peu insolite. Il en est souvent ainsi au cours des pseudo-appendicites pneumoniques. Voici une observation typique à cet égard.

Observation III

Pneumonie riche en complications digestives. — Début pseudo-appendiculaire. — Phénomènes bilieux. — Ictère

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Euzière, chef de clinique à la Faculté de Médecine)

C..., garçon de 22 ans, bien bâti, solide et large d'épaules, est employé comme infirmier à l'Asile d'aliénés dans le service de M. le professeur Mairet. Ses antécédents personnels et héréditaires ne présentent aucune particularité digne de remarque. Au mois de mai dernier, après avoir vu successivement trois des malades confiés à sa garde contracter la pneumonie, il fut une nuit réveillé en sursaut vers trois heures du matin, par une douleur très violente dans la fosse iliaque droite. L'interne appelé le trouva pâle, couvert de sueur, plié en deux sous l'intensité de la souffrance, en proie à des nausées et à des vomissements. La nuit s'acheva ainsi péniblement, et, le lendemain matin, il fut transporté à l'infirmerie. A ce moment, le tableau clinique était absolument celui d'une appendicite

aiguë. Le malade était constipé, vomissant tout ce qu'il prenait ; la langue était sale, le faciès altéré ; le pouls rapide et dur, la fièvre atteignait 39°5.

Interrogé, C... désignait spontanément le point de Mac Burney comme siège de ses douleurs ; la paroi abdominale était tout entière contracturée et tout examen se trouvait interrompu par l'exacerbation qu'il amenait dans les phénomènes douloureux. Malgré la netteté de ces signes cliniques, la connaissance des trois cas de pneumonie, qui s'étaient produits parmi les malades couchant dans le même dortoir que C..., provoqua un examen attentif du système respiratoire. A ce moment-là, rien n'y apparaissait de bien net, si ce n'était un peu d'obscurité respiratoire étendue à tout le côté droit. Dans ces conditions, on décida d'attendre avant de rien entreprendre, et l'on fit au malade une piqûre de morphine qui calma en partie la douleur. Le soir, la température était à 40°, la localisation au point de Mac Burney moins nette, mais la défense abdominale toujours aussi violente et les signes stéthoscopiques aussi vagues.

Le lendemain cependant, les symptômes prirent des caractères plus nettement thoraciques. La douleur cessa d'être localisée au point de Mac Burney et devint très vive au côté dans la ligne axillaire, à cinq travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. A la percussion, on trouvait une large bande de matité à la base droite ; les vibrations y étaient exagérées ; un souffle tubaire intense s'y faisait entendre avec, au-dessus, une mince zone où se percevaient quelques râles crépitants. Bref, dès lors, les signes de pneumonie étaient très nets, et, pour les compléter, on vit bientôt apparaître quelques crachats rouillés, adhérents, pneumoniques.

Mais tout n'était pas fini du côté intestinal ; la contrac-

ture avait, il est vrai, à peu près disparu, les vomissements s'étaient arrêtés, mais la constipation avait fait place à la diarrhée, la langue était couverte d'un épais enduit saburral; enfin, au quatrième jour de la maladie, apparut un ictère qui devint rapidement très net et présenta les caractères de l'ictère par rétention. Les urines étaient fortement colorées et, examinées suivant le procédé de Gmelin, présentaient le disque caractéristique. Les conjonctives, la peau, étaient jaune serin. Le foie était gros et légèrement douloureux. La constipation avait reparu, et ce n'était qu'à l'aide de lavements que le malade expulsait quelques matières blanchâtres. Le pouls lui-même ne battait plus qu'entre 65 et 70 pulsations, alors que dans les premiers jours il était arrivé et avait dépassé 100. Malgré les complications, tout marcha bien; la défervescence se produisit au 8e jour avec les phénomènes critiques classiques. Mais la langue resta saburrale pendant quelque temps ; l'ictère ne commença à pâlir qu'après 6 jours d'apyrexie et la convalescence fut longue.

Dans l'observation II nous avons vu un enfant faire une pseudo-appendicite pneumonique après avoir présenté à plusieurs reprises des accidents abdominaux d'origine probablement appendiculaire. Voici, pour terminer, l'observation d'un vieillard chez lequel on trouve aussi la même particularité.

Observation IV

Pseudo appendicite pneumonique survenue chez un homme de 60 ans, vieux dyspeptique, vieil appendiculaire
(Due à l'obligeance du Dr Euzière, *in* Gazette des Hôpitaux, 1909, p. 1460)

A..., infirmier à l'Asile des aliénés de Montpellier, dans le service de M. le professeur Mairet, est âgé de 60 ans, mais si on en juge par ses artères et son aspect, il porte bien dix ans de plus que son âge réel. C'est un vieux dyspeptique. Ses digestions sont extrêmement pénibles et il a eu, à trois reprises, des crises de douleurs abdominales qui paraissent bien avoir été d'origine appendiculaire. Au début d'avril, il se sentit plus abattu que de coutume, brisé de toutes parts, incapable de tout travail ; il traîna ainsi quelque temps sans qu'on prît bien garde à ses plaintes, auxquelles depuis longtemps on était accoutumé. Sur ces entrefaites, il se plaignit un jour d'une douleur vive qu'il localisait au point de Mac Burney; le faciès était mauvais, le pouls petit et rapide; il y eut quelques frissonnements. La température n'était qu'à 38°, le ventre était en défense, difficile à explorer, et quelques vomissements vinrent compléter le tableau clinique ; aussi le malade fut-il envoyé à l'infirmerie avec le diagnostic d'appendicite probable. Le lendemain, l'état général était aussi mauvais ; mais l'examen méthodique du poumon faisait constater, aux deux bases, de la matité, puis les signes classiques de la pneumonie apparurent, voilés cependant par un élément grippal qui s'y mêlait, et aussi par l'âge du malade qui enlevait de leur violence à certains symptômes.

Les signes appendiculaires persistèrent pendant quatre jours, puis se calmèrent. Des complications cardiaques

rendirent la pneumonie particulièrement sévère ; malgré tout, le malade fut sauvé, mais la convalescence fut singulièrement pénible.

On peut dire que dans les quatre observations que nous venons de rapporter se trouvent synthétisées les diverses modalités cliniques. Il nous paraît inutile d'en citer de nouvelles ; ce serait, en somme, nous répéter, car tous les cas que l'on peut trouver sont plus ou moins calqués sur les autres. Aussi, les quelques observations que nous donnons suffisent à se faire une idée clinique de ce que sont les pseudo-appendicites pneumoniques. Nous allons voir que certains de leurs détails nous aideront à éclairer le problème de leur pathogénie.

CHAPITRE II

PATHOGENIE

La plupart des auteurs qui ont entrepris d'expliquer comment le début de la pneumonie pouvait simuler le début d'une appendicite, se sont surtout attachés à expliquer le transport du point de côté. Nous pensons que tout le problème n'est pas là. Nous avons vu que l'exacte apparence appendiculaire prise dans certains cas par la pneumonie au début était faite de plusieurs éléments. Non seulement la douleur siège au *point de Mac Burney,* mais elle s'accompagne de *défense de la paroi, d'hypéresthésie cutanée* (tout le trépied appendiculaire de Dieulafoy), et aussi de vomissements, de constipation et même parfois de ballonnement du ventre. Enfin, le frisson cesse d'être unique et solennel comme dans la pneumonie typique, pour se décomposer en une série de petits frissonnements. Comme on le voit, à côté de l'exode du point de côté, il faut expliquer aussi l'apparition des autres phénomènes abdominaux. Nous verrons qu'à notre point de vue, ces deux problèmes peuvent recevoir une même solution, et ce qui explique le siège ectopique de la douleur, explique en même temps l'importance des manifestations digestives. Considérons d'abord la première de ces questions et demandons-

nous le pourquoi et le comment du siège appendiculaire de la douleur.

Il est bon auparavant de rappeler la façon dont les auteurs expliquent le point de côté thoracique. On sait que cette question n'est pas encore élucidée et que sa solution reste jusqu'à un certain point dans le domaine des hypothèses. Les uns le considèrent comme une névralgie intercostale dont le point de départ se trouve dans l'irritation du tissu pulmonaire ou même dans la propagation du travail inflammatoire au tronc nerveux lui-même. Pour d'autres, la douleur n'est pas due à l'irritation du nerf, mais à celle de la plèvre et du tissu fibreux qui lui est sous-jacent; la plèvre souffrant dans les maladies pulmonaires comme « la synoviale dans les inflammations articulaires ». A l'appui de chacune de ces théories, on peut apporter un certain nombre d'arguments anatomo-cliniques. Ceux qui soutiennent l'origine pleurale du point de côté font observer que dans les pneumonies centrales, alors que le travail pathologique n'arrive pas jusqu'à la séreuse, le point de côté est absent, tout phénomène douloureux se bornant alors le plus souvent à une sensation plus ou moins vague de pesanteur intra-thoracique. Mais, à cette origine pleurale on peut opposer les cas nombreux où la pleurodynie siège des deux côtés, ou encore uniquement du côté opposé au mal, et plus encore les observations semblables à celle de Grisolles qui, « ayant ouvert le cadavre d'un individu mort de pneumonie, ne put retrouver en aucun point le moindre vestige de pleurésie récente et cependant le malade avait accusé pendant la vie l'existence d'un point de côté ». On peut aussi se demander pourquoi, si le point de côté relève de l'atteinte pleurale, il est un symptôme presque constant dans la pneumonie alors que, comme le cons-

tate Laënnec : « il manque dans quelques pleurésies à début insidieux ou même très aiguës ».

Ainsi, la théorie pleurale semble devoir être rejetée et étant donné que la pleurodynie a bien les caractères d'une névralgie intercostale, augmentée par les mouvements et par la pression aux points de Valleix, il semble logique de lui attribuer l'explication d'être produite par l'irritation des intercostaux. Encore faut-il bien s'entendre sur la nature de cette irritation. On ne peut parler dans la plupart des cas comme le voulaient Piorry, Bouillaud et Beau, d'inflammations du tronc au voisinage de la plèvre enflammée mais seulement d'irritation réflexe du tissu nerveux. Certes, la théorie de l'inflammation paraît très simple, et par elle Beau avait expliqué la plupart des particularités du point de côté pneumonique : « Comme l'irritation du tronc se rapporte, disait-il, aux branches terminales, le point de côté doit siéger dans la partie antéro-latérale du thorax et vers le sein... S'il est particulièrement douloureux dans le cinquième ou sixième espace, cela tient à ce que la septième côte étant la plus mobile de toutes doit souffrir le plus dans les grands mouvements. » (1) Mais bon nombre d'objections que nous avons faites à la théorie pleurale sont aussi applicables à la théorie de l'inflammation nerveuse. Elle suppose elle aussi la participation de la plèvre pariétale au processus inflammatoire et alors, pourquoi le point de côté siège-t-il parfois du côté opposé à la lésion ou des deux côtés à la fois ? Pourquoi ne le rencontre-t-on pas avec une intensité égale dans la pleurésie et dans la pneumonie ?

Au contraire, l'hypothèse de la névralgie intercostale

---

(1) Beau, cité par Mirande. Thèse de Paris, 1900 1901, p. 40.

due à une simple irritation réflexe échappe à toutes ces objections. Elle a été formulée pour la première fois par Bassereau (1) qui, n'ayant en vue, du reste, que l'utérus et ses annexes, disait : « La névralgie intercostale est le plus souvent symptomatique de l'affection de quelque viscère dont la souffrance est transmise aux nerfs intercostaux par les anastomoses que le grand splanchnique a avec eux. » Cette hypothèse peut très bien s'appliquer à la pneumonie. Il est certain qu'il est très naturel, et c'est même la conception la plus raisonnable, de penser que le poumon hépatisé puisse être le point de départ de la névralgie intercostale réflexe au même titre que l'utérus et ses annexes. Aujourd'hui, c'est l'opinion qui a prévalu et spécialement auprès des auteurs qui se sont occupés des pseudo-appendicites pneumoniques (Comby, Mirande, Garreau, etc.). La sensibilité pulmonaire, comme celle de tous les viscères relève du sympathique. Les fibres sensitives de ce nerf pénètrent dans la moelle par les rameaux communicants et se mettent en rapport avec l'origine des nerfs périphériques. C'est ainsi que le poumon « réagit dans les sept premiers champs segmentaires qui répondent à peu près aux espaces intercostaux correspondants, et particulièrement au niveau du quatrième. » (2)

Connaissant ainsi le mécanisme de production du point de côté thoracique dans la pneumonie, il nous faut maintenant expliquer sa situation ectopique dans les pseudo-appendicites du début de l'infection pneumococcique. L'explication à laquelle nous nous sommes ralliés démon-

(1) Bassereau, Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales. Thèse de Paris, 1840.

(2) Head, d'après Garreau.

tre fort bien la possibilité de ce transport abdominal, tous les auteurs qui se sont occupés de la question l'ont fort bien compris. Voici comment Garreau s'explique à ce sujet : « Il existe dans la moelle pour relier les différents étages, ce qu'on appelle des neurones d'association et cela nous permet de comprendre comment l'irritation douloureuse, au lieu de suivre par exemple le cinquième intercostal, empruntera le trajet des neuvième, dixième, onzième et douzième intercostaux ; tous, nerfs qui sont abdominaux, et ainsi se trouve expliqué le point de côté abdominal. Et la douleur qui, dans les observations, est notée comme ayant existé au point de Mac Burney n'est pas autre chose que l'algie pulmonaire transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal (véritable point de Valleix). Cette branche traverse d'arrière en avant le bord externe du grand droit et se distribue à la peau. L'on ne devra donc point être étonné que le chatouillement de la peau produise de l'hyperesthésie et que la main appuyant sur ces terminaisons nerveuses douloureuses provoque une contracture musculaire réflexe. Et nous aurons la tirade symptomatique du professeur Dieulafoy. » (1).

Cette explication est, comme on le voit, parfaitement admissible ; c'est à elle que se sont rattachés tous les auteurs qui ont tenté d'expliquer la situation abdominale du point de côté dans les pseudo-appendicites pneumoniques. On l'a même étendue ; c'est par elle qu'on se rend compte des cas dans lesquels le point de côté thoracique est ressenti au niveau du thorax, du côté opposé à la lésion. C'est

(1) Garreau, Th. Paris, 1903, n° 226, p 51.

aussi par ce mécanisme qu'Hildebrand (1) a interprété l'existence de points douloureux abdominaux et de contracture de la paroi abdominale, consécutivement à des plaies pénétrantes du thorax par balle de revolver. Nous avons vu aussi que c'était de cette manière que Bassereau expliquait l'existence de névralgies intercostales au cours d'affections utéro-annexielles. On peut donc accepter cette explication, mais peut-être faut-il aller plus loin, comme l'a fait remarquer Euzière (2) : « Par elle on se rend bien compte *comment* une douleur thoracique est sentie dans l'abdomen, mais non pas *pourquoi* se fait ce transfert du point de côté ». C'est cette face de la question que nous allons maintenant examiner.

Euzière pense que l'on peut trouver ce pourquoi dans l'existence d'une irritation du côté de l'appendice et les raisons qu'il donne de cette manière de voir peuvent être groupées sous trois chefs :

1° Il y a tout d'abord des raisons que l'on peut considérer comme des preuves par analogie. On peut, en effet, trouver dans la littérature un certain nombre d'observations dans lesquelles on voit le point douloureux de la pneumonie émigrer dans une région qu'une maladie antérieure prédisposait à ce rôle de siège de la douleur. Richardson (3) par exemple, rapporte le cas d'une jeune fille de 17 ans, qui brusquement est prise dans la rue de vomissements et d'une douleur épigastrique en coup de poi-

---

(1) Hildebrand, Article du Berliner Klinik. Wochenschrift, 1907, analysé par Romme dans la Presse Médicale, 1907, n° 105, p 351. Points douloureux et contracture de la paroi abdominale.

(2) Euzière, Gazette des Hôpitaux, 1909, p. 1460.

(3) Richardson, Boston Méd. and Surg. Journal, avril 1902.

gnard ; on l'amène à l'hôpital. Le pouls est filiforme, bat à 120. La température est de 40° ; l'abdomen est contracté, très sensible, surtout dans la région épigastrique. Dans les antécédents de la malade, on trouve une anémie intense avec tous les symptômes d'un ulcère gastrique. Le diagnostic d'ulcus perforé est porté, et on fait la laparotomie. On ne retrouve ni péritonite, ni trace de perforation. Le lendemain de l'opération, les signes d'une pneumonie de la base droite apparurent nettement. La malade mourut. A l'autopsie, on découvrit une pneumonie des deux bases et une pleurésie diaphragmatique droite. L'estomac présentait un petit ulcère qui n'était pas près de se perforer. Mooris (1) raconte l'histoire d'une de ses malades qui avait souffert autrefois de crises douloureuses dans la région inguinale droite et qui brusquement fut prise de symptômes de péritonite avec douleur intense au point de Mac Burney. On opéra et on trouva l'appendice relié à la trompe par des adhérences : le travail pathologique qui les avait provoquées était d'origine salpingienne et ne présentait plus aucun signe d'acuité. Le lendemain de l'opération, la malade présenta les signes classiques d'une pneumonie lobaire dont elle guérit. On peut encore rapprocher de ces observations celle que donne Londe (2) d'une malade qui, à la suite de troubles gastro-hépatiques, eut une pneumonie qui débuta par un point de côté ayant les caractères de la colique hépatique. Les exemples que nous venons de citer ne sont pas exceptionnels et l'on pourrait les multiplier aisément. Ils démon-

(1) Mooris, New-York médical Journal, 8 avril 1899.

(2) Londe, L'origine digestive des maladies respiratoires (Revue de Médecine, juin 1909, p. 425, obs. XIX).

trent bien qu'une lésion ancienne peut jouer le rôle d'agent de localisation du point de côté pneumonique et nous permettent de penser que quand l'appendice a été autrefois lésé par un travail inflammatoire même léger, cette atteinte pourra expliquer le transfert abdominal de la pleurodynie pneumonique.

2° Les faits dans lesquels ce rôle des anciennes lésions de l'appendice peut être mis en évidence constituent le second ordre de preuves apportées par Euzière. Dans les observations que nous avons rapportées plus haut, nous en trouvons des exemples bien nets. Dans l'observation première par exemple, celle de Mirande et Mousseaux, le sujet, avant sa pneumonie, n'a pas présenté cliniquement d'appendicite, mais histologiquement, on découvre un léger épaississement de la sous-muqueuse, vraisemblablement d'origine ancienne. Dans l'observation II, le jeune garçon qui en fait l'objet a présenté à plusieurs reprises de petites crises d'appendicite. De même le vieillard de l'observation IV est un vieil appendiculaire. A côté de ces cas, nous pouvons placer celui de Palier (1), qui, ayant opéré un sujet atteint de pseudo-appendicite pneumonique trouva un appendice normal, mais entouré d'anciennes adhérences.

3° Enfin, dans un troisième groupe de faits, ce n'est pas une lésion chronique qui est l'agent d'irritation appendiculaire, mais un processus aigu quoique très léger. C'est ainsi que Haim ayant opéré un malade présentant les signes de l'appendicite et atteint en réalité de pneumonie, trouve « l'appendice quelque peu enflammé, la sé-

(1) Palier, Atypical forms of Pneumonia. New York méd. Journ., 1899.

reuse légèrement dépolie, l'aspect de la muqueuse normal ». Richardson enlève dans les mêmes conditions un appendice qui est le siège d'une inflammation catarrhale. Benmecke le trouve une autre fois normal, mais avec une légère inflammation de la séreuse. Il est certain, comme le fait observer Melchior, qu'il est difficile de mettre sur le compte de si minimes lésions « les signes cliniques d'une grave inflammation péritonéale », tels qu'on les avait d'abord constatés. On peut parfaitement affirmer que, dans les cas que nous venons de citer et dans lesquels l'appendice était si légèrement lésé, l'opération fut inutile. Mais il est bien naturel de penser aussi que cette inflammation si légère de l'appendice n'est peut-être pas étrangère à la localisation abdominale du tableau clinique.

Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que dans la plupart des observations de pneumonie à début pseudo-appendiculaire, on voit les troubles digestifs présenter une importance inaccoutumée. Notre observation III est à cet égard des plus typiques. Les phénomènes bilieux y furent des plus marqués et un ictère par rétention vint même couronner l'évolution digestive de cette pneumonie compliquée.

Dans l'observation première on trouve aussi des accidents digestifs très nets. Un argument que l'on peut encore apporter à l'appui de cette manière de voir, c'est la plus grande fréquence du début appendiculaire de la pneumonie dans l'enfance, alors que les symptômes digestifs, les vomissements, l'état saburral s'y observent aussi avec plus de fréquence que chez l'adulte.

La même importance des troubles digestifs se rencontre encore dans des cas de maladies infectieuses autres que la pneumonie qui débutent par des phénomènes appendicu-

laires. Ainsi D'Œlsnitz (1) les a retrouvés dans un cas de rougeole où la scène s'ouvrit par des pseudo-crises d'appendicite. L'enfant eut des douleurs abdominales, des vomissements, du ballonnement du ventre, des selles diarrhéïques fétides et parfois sanguinolentes. Küttner et Tricot (2) les ont aussi constatés dans des cas de pseudo-appendicites au cours du rhumatisme articulaire aigu. Dans le cas de Tricot les symptômes étaient si nets qu'on décida l'opération. L'appendice fut trouvé sain, mais le péritoine était légèrement atteint, et dans la cavité péritonéale on découvrit une petite quantité de sérosité claire.

La coïncidence qui apparaît ainsi presque constante de troubles digestifs dans les affections aiguës qui présentent un début appendiculaire, est déjà une preuve du rôle qu'ils jouent dans la localisation de la douleur. Ils traduisent sans doute une légère inflammation intestinale. Or, on sait combien les altérations de l'intestin retentissent volontiers vers l'appendice. Et, rapprochant ces cas des constatations opératoires faites par Haim, Benmecke, Richardson, etc., on peut penser que ces manifestations digestives entraînent cette ébauche d'inflammation, qui est insuffisante, sans doute, pour mériter en clinique le nom d'appendicite, mais est suffisante cependant pour servir de point d'appel à la douleur et expliquer la localisation abdominale du point de côté.

Pour arriver à une explication complète de tous les phé-

---

(1) D'Œlssitz, Le début abdominal trompeur dans certaines maladies infantiles. A propos d'un cas de rougeole débutant par des symptômes abdominaux (Archives de Médecine des Enfants, février 1910).

(2) Tricot, Pseudo appendicite au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu (Gazette des Hôpitaux, 1908, n° 106.)

nomènes, il nous faut maintenant rechercher ce qui explique l'importance des manifestations digestives. Chez l'adulte, il faut y voir peut-être la manifestation d'une prédisposition locale, congénitale ou acquise. On peut admettre aussi que l'intestin réagit plus fortement que de coutume à l'introduction de produits toxiques dans l'organisme, ou peut-être même ne laisse pas passer sans réaction les micro-organismes pathogènes. On sait, en effet, combien aujourd'hui on a tendance à reconnaître une origine intestinale aux diverses infections pulmonaires.

Alors même que l'on ne reconnaîtrait pas, comme Calmette (1), dans l'intestin, la porte d'entrée de tous les agents infectieux susceptibles de léser le poumon, il n'en faut pas moins reconnaître que les troubles digestifs agissent souvent comme agents provocateurs de maladies de l'appareil respiratoire. C'est ce que Londe (2) montrait encore tout récemment.

Chez l'enfant, la fréquence de ce début appendiculaire nous oblige à chercher d'autres causes moins particulières qu'une prédisposition locale qui, en somme, ne peut appartenir qu'à un petit nombre d'individus. Il nous paraît qu'il faut invoquer, comme a bien voulu nous en suggérer l'idée notre maître, M. le professeur Baumel (3), un mécanisme qui, bien qu'un peu différent dans son origine,

---

(1) Calmette, Vansteenbergue et Grysez, Sur l'origine intestinale de la pneumonie et d'autres infections phlegmasiques du poumon chez l'homme et chez les animaux (Presse Médicale, 1906, n° 70, p. 559.)

(2) Londe, loc. citato.

(3) Baumel, Leçons cliniques sur les lésions du foie. Lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, 1883.

peut également rendre compte des phénomènes que nous avons analysés plus haut et que nous trouvons dans maintes observations.

Dans un certain nombre de cas, l'irritation intestinale et consécutivement la douleur localisée, manifestation de cette irritation, auraient leur cause plus spéciale, non dans une appendicite, mais dans une typhlite dont la production est simple à imaginer. On sait combien chez les enfants, et même chez tant d'adultes, on doit constater la mastication incomplète des aliments. Ceux-ci, parvenus dans l'intestin, se livrent à des fermentations anormales, qui s'accompagnent de production de gaz et d'une autoinfection qui ne tarde pas à se caractériser avec tout le cortège symptomatique de la typhlite.

Une autre interprétation qu'il nous faut ici envisager, et qu'a bien encore voulu nous suggérer le professeur Baumel, est celle résultant de la production du symptôme douleur au niveau de la fosse iliaque droite, par un mécanisme circulatoire. Nous savons quelle atteinte subit le cœur du fait de la pneumonie : elle peut parvenir à un degré tel que la lésion qui se produit au niveau de cet organe ait un retentissement général dans l'organisme et pèse tout particulièrement sur le foie. La congestion se produisant, l'hépatomégalie qui s'ensuit tend à entraîner le foie vers la fosse iliaque droite : rien que de très naturel à ce que consécutivement la douleur puisse y être perçue et donner lieu à une interprétation de crise pseudo-appendiculaire, accompagnant la pneumonie, d'autant que cette atteinte hépatique retentit aussi sur tous les organes relevant du territoire porte et notamment sur l'intestin.

Résumons-nous : le transfert du point de côté pneumonique au niveau du point de Mac-Burney nous paraît être le fait de l'existence au niveau de l'appendice d'une cause

irritative, ancienne ou récente, chronique ou aiguë, parfois visible à l'œil nu, parfois, au contraire, à peine décelable au microscope.

Quand cette irritation appendiculaire est récente, elle est liée à la même cause qui fait la pneumonie, et son existence s'explique par une faiblesse spéciale du tube digestif, résultant, chez l'adulte, où elle est relativement rare, d'une prédisposition locale, congénitale ou acquise, et, chez l'enfant, où elle est fréquente, du retentissement presque inévitable sur tout le tractus intestinal de l'évolution dentaire.

Comme on le voit, le mécanisme pathogénique que nous proposons pour expliquer le point de côté appendiculaire au début de certaines pneumonies, nous permet de ne pas insister longtemps sur celui des autres manifestations abdominales, qui complètent le tableau clinique des pseudo-appendicites pneumoniques.

Si le sujet a la langue saburrale, s'il souffre du ventre, s'il a de la contracture abdominale, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation, c'est bien parce que son tube digestif est lésé et participe pour sa part à la symptomatologie.

Nous terminerons cet exposé pathogénique par quelques précisions terminologiques, qui nous sont suggérées par un récent article de Cheinisse (1). Cet auteur, examinant l'ensemble des cas publiés sous le nom de pseudo-appendicites, propose de les diviser en deux groupes :

1° Les appendicites fantômes, dans lesquelles l'apparence appendiculaire du tableau clinique ne repose sur aucune substratum organique ;

---

(1) Cheinisse, Les appendicites fantômes et les fausses appendicites (Semaine Médicale, 1910, n° 1).

2° Les fausses appendicites, réunissant « certains états morbides traduisant des lésions dans le voisinage du vermium ».

Si on admet, comme nous le faisons, le mécanisme pathogénique proposé précédemment, c'est plutôt dans ce dernier cadre que viennent se placer les cas que nous étudions, avec cette différence que ce n'est pas dans le voisinage, mais sur le vermium même, que se trouve l'origine anatomique de tous les phénomènes.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Il semble, au premier abord, que la question du diagnostic soit relativement facile à résoudre. La connaissance des faits cliniques semble, en effet, suffisante à éviter toute erreur, et la conclusion pratique à tirer de cette étude paraît pouvoir se résumer de la façon suivante : *En présence d'un sujet présentant les signes cliniques de l'appendicite, il ne faut s'arrêter à ce diagnostic qu'après avoir minutieusement exploré son appareil respiratoire et recherché tous les signes de la pneumonie.* Ceci est vrai, sans doute, pour la plupart des cas, mais peut être dangereux dans quelques autres, car appendicite et pneumonie peuvent coexister et réclamer chacune pour leur part un traitement approprié. En réalité, une pareille éventualité est exceptionnelle — on n'en trouve guère publiés que trois cas — mais la lecture d'une de ces observations, que nous rapportons ci-dessous, montre combien il peut être préjudiciable pour le malade de méconnaître le vrai diagnostic.

Observation V

Coexistence d'une appendicite et d'une pneumonie chez un enfant de 4 ans
(Résumée d'après Lesné et Marre)

Un enfant de quatre ans et demi est pris brusquement de douleurs abdominales, de vomissements alimentaires et bilieux. La température monte rapidement à 40 degrés, le pouls à 130 pulsations. La douleur spontanée et provoquée reste localisée dans la fosse iliaque droite, où elle s'accompagne de défense musculaire. L'absence de symptômes pulmonaires fait porter le diagnostic d'appendicite. Le lendemain, à la partie moyenne du poumon droit, on trouve des signes de pneumonie, et le diagnostic est modifié ; on pense se trouver en présence d'une pneumonie avec réaction abdominale marquée ; mais, le soir même, les phénomènes péritonéaux reprennent le dessus ; le malade est opéré, et on trouve un appendice gangréné et perforé. L'enfant meurt et, à l'autopsie, on trouve, à la base du poumon droit, un foyer typique d'hépatisation.

Par la lecture de cette observation, nous connaissons maintenant toutes les questions qu'il faut se poser devant un de ces malades, qui font un début de maladie nettement appendiculaire. Est-ce une réelle appendicite ? Est-ce une pneumonie à début anormal ? Est-ce une combinaison des deux maladies ? Il est inutile d'insister sur l'importance de leur solution.

Pour répondre aux deux premières, les auteurs ont mis en parallèle les divers symptômes de la pneumonie et de l'appendicite et ont tiré de ces comparaisons des caractères différentiels. C'est évidemment là une méthode

que le praticien devra mettre en pratique ; elle lui permettra souvent de réunir un faisceau de preuves qui, suivant les cas, feront pencher la balance de tel ou tel côté. Nous n'insisterons ici que sur ceux qui, dans les observations publiées, ont permis de déceler la véritable cause de tout le tableau clinique.

Les chirurgiens, Mignon et Kirmisson entre autres, ajoutent une très grande importance au *faciès* : plombé, péritonitique, dans l'appendicite ; coloré, vultueux, au contraire, dans la pneumonie. La rougeur de la pommette, est, en effet, un bon signe d'infection pneumonique, mais il est souvent assez tardif et, en somme, assez inconstant. Dans notre observation première, elle n'apparaît qu'au quatrième jour de la maladie, alors que le malade avait été opéré la veille de son appendicite inexistante. Il est même des cas où une appendicite indubitable s'accompagne d'un faciès vultueux. Raillet en a signalé un cas typique.

Pour Triboulet, les vomissements seraient plus dramatiques et plus facilement bilieux dans la pneumonie.

Pour le même auteur, la *position du malade* aurait, elle aussi, une très grande importance : « d'instinct, le sujet à péritoine lésé, conserve l'immobilité en *position allongée* ; le pneumonique, au contraire, recherche la *position en chien de fusil* ou la position assise ».

La marche de la température a aussi une importance considérable ; il est certain que l'élévation brusque, rapide, importante, est en faveur de la pneumonie, mais, comme le fait observer Garreau, il est rare que le médecin soit appelé assez tôt pour constater ces caractères. Il vient le second jour de la maladie, et se trouve en présence d'une température élevée, sans pouvoir vérifier le mode d'ascension.

Le *pouls,* tout au moins chez l'enfant, serait moins accéléré (100 pulsations) dans l'appendicite que dans la pneumonie (120-160).

La *dyspnée* se trouve constamment dans la pneumonie, mais elle peut exister aussi dans l'appendicite (Mlle Gordon), soit par action toxique ou réflexe, soit par cause mécanique, le tympanisme refoulant le diaphragme, par là même le poumon, et restreignant le champ de l'hématose.

La *toux* est assez infidèle ; elle n'existe pas dans nombre de cas de pneumonie, et il en est de même de *l'expectoration.* Les fameux crachats rouillés sont souvent tardifs, parfois inexistants, souvent très rares, surtout chez l'enfant. Notre maître, M. le professeur Baumel (1), a rapporté un cas de pneumonie typique chez une petite fille qui, dans tout le cours de la maladie, ne rejeta qu'un seul crachat.

Restent enfin les *signes physiques.* Il faut toujours les rechercher avec soin. Mais bien souvent aussi, ils donnent des résultats décevants : quand la pneumonie est centrale, ils n'apparaissent que tardivement et sont souvent même peu appréciables.

Devant l'inconstance de tous ces signes, les auteurs ont cherché dans les caractères mêmes de la *douleur abdominale* les moyens de diagnostic. Pour Arron, dans les cas de pneumonie à début appendiculaire, elle serait uniquement spontanée et indifférente à la pression. Bien des auteurs la considèrent, dans ces cas, comme plus superficielle que dans les appendicites véritables. Hénoch dit, par exemple : « Par la formation entre les doigts d'un

(1) Baumel, Précis des maladies infantiles.

pli de la peau, on reconnaît qu'il s'agit seulement d'une hypéresthésie cutanée. » Barnard se rallie à la même opinion, et c'est, en somme, la même idée que soutient Delbet quand il dit que la douleur n'est pas augmentée par la pression profonde. Mais, à côté de pareilles affirmations, on en trouve d'autres absolument opposées comme, par exemple, celle de Garreau : « Le point de côté abdominal de la pneumonie, dit-il, présente à peu près les mêmes caractères que la douleur de l'appendicite. »

Il y a les mêmes contradictions en ce qui concerne la contracture abdominale. Lesné et Marre disent : « Il n'y a pas de défense musculaire dans la pneumonie ou, en tout cas, la contraction des muscles se relâche dans l'intervalle des respirations. En outre, ainsi que le dit Guinon (1), cette défense disparaît lorsqu'on déprime la région appendiculaire par une pression large, ferme et progressive. » On trouve trace d'opinions analogues dans Barnard, pour lequel l'abdomen se laisserait déprimer et deviendrait souple pendant l'inspiration. Pour Arron, il n'y aurait jamais qu'une demi-défense musculaire. Mais Garreau rapporte sept observations avec contracture des plus nettes, et, dans nos deux observations III et IV, elle se présentait aussi vigoureuse que dans les cas d'appendicite les mieux caractérisés.

Garreau fait aussi le diagnostic en se basant sur les résultats du toucher rectal, de la percussion iliaque, sur la présence ou l'absence du gâteau inflammatoire. Mais attendre que ces symptômes aient eu le temps d'apparaître, c'est donner le temps à l'appendicite, si elle existe, de suppurer, et alors autant dire que le meilleur moyen de diag-

---

(1) Guinon, Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1901.

nostic est l'expectative ; il est certain qu'attendre l'évolution ultérieure est un bon moyen d'éviter les erreurs ; il n'est pas sans danger pour les malades.

Comme on le voit, il n'y a pas de signes auxquels on puisse accorder la valeur d'un critérium absolu. Le diagnostic dans chaque cas est une question d'espèce ; il faut peser tous les arguments, pour et contre, et ne se prononcer qu'à bon escient. Si l'on veut cependant résumer en une seule formule la manière de distinguer l'appendicite d'une pseudo-appendicite pneumonique, on peut dire, avec Melchior, que ce dernier cas se caractérise par la discordance entre l'intensité des phénomènes généraux et la légèreté relative des signes locaux.

C'est aussi par l'observation attentive de ces deux ordres de symptômes que l'on pourra peut-être arriver à dépister la coexistence des deux infections : appendicite et pneumonie. Dans les deux seuls cas, en effet, que l'on rencontre dans les auteurs (cas de Lesné et Marre, cas de Leroux), l'état général se montre bien plus grave que pour une pneumonie ordinaire, et c'est là un avertissement qu'il est bon d'enregistrer. Mais, comme on le voit encore ici, on ne peut invoquer que des différences, souvent d'une appréciation épineuse, et c'est une nouvelle confirmation de cette parole de Moizard : « En matière d'appendicite, comme pour toutes les maladies, le diagnostic implique la nécessité d'un examen approfondi. »

Le mieux est donc de conclure que la connaissance de toutes les éventualités cliniques possibles, de toutes les erreurs à éviter, est la principale condition d'un bon diagnostic. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui donne la clef de tous les cas cliniques. La solution de chacun d'eux reste une question d'espèce. Il faut être averti, prudent et consciencieux, et quand l'existence d'une appen-

dicite paraît probable, il faut, comme le conseillent Lesné et Marre, après Richardson, « non pas s'abstenir, mais prescrire le traitement médical de l'appendicite, et même intervenir d'urgence. De cette façon, on fait courir moins de risques aux malades ».

CONCLUSIONS

I. — Le début de la pneumonie se fait parfois par un tableau clinique qui rappelle de tous points celui de l'appendicite : ce sont les pseudo-appendicites pneumoniques. Non seulement le point de côté est devenu abdominal, mais la constipation, les vomissements, la série de petits frissonnements remplaçant le grand frisson unique et solennel de la pneumonie, la contracture des muscles de l'abdomen, l'hyperesthésie cutanée, viennent compléter la ressemblance clinique. Cette éventualité se produit surtout chez l'enfant.

II. — La pathogénie de ces divers accidents paraît être univoque, et le mécanisme qui explique le transfert de la pleurodynie pneumonique au niveau du point de Mac Burney explique aussi les autres signes abdominaux et digestifs.

En effet, tous ces éléments cliniques sont liés à l'existence d'une cause d'irritation du côté de l'appendice. Il peut s'agir d'une lésion chronique ancienne s'étant ou non déjà manifestée par des symptômes appendiculaires. D'autres fois, cette irritation est constituée par une ébauche d'inflammation insuffisante pour déterminer cliniquement l'appendicite, mais suffisante cependant pour servir de point d'appel à la douleur et expliquer la localisation abdominale du point de côté.

III. — Le plus souvent, cette irritation appendiculaire n'est que la conséquence d'une irritation étendue à tout le tube digestif et s'expliquant :

1° Chez l'adulte, par l'existence d'une prédisposition locale de l'intestin le rendant plus susceptible aux passages des toxines qu'il a à éliminer, ou à celui des micro-organismes pathogènes, si l'on admet, avec Calmette, que l'intestin est la porte d'entrée des agents infectieux, provocateurs de maladies respiratoires.

2° Chez l'enfant on a souvent à incriminer le surmenage digestif résultant de la mastication incomplète chez ceux qui sont en évolution dentaire, et aussi l'action irritante de cette même évolution sur le système nerveux tout entier, qui rend plus intense toutes les réactions morbides et facilite la diffusion de la symptomatologie des maladies les plus localisées.

IV. — Le diagnostic est extrêmement délicat ; la constatation d'une pneumonie chez un sujet présentant des signes appendiculaires, ne doit pas faire rejeter absolument le diagnostic d'appendicite, la coexistence des deux affections ayant été constatée dans quelques cas. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui donne la clef de tous les cas cliniques ; aussi, le diagnostic exige-t-il une grande attention et une critique serrée de tous les symptômes.

BIBLIOGRAPHIE

Pour ne pas allonger outre mesure cette bibliographie, nous nous contenterons d'y citer les travaux qui traitent surtout des pseudo-appendicites pneumoniques. Certains autres, qui nous ont servi dans le cours de notre étude, mais se rattachant moins directement à notre sujet, se trouvent indiqués dans le corps même de la thèse, au fur et à mesure que nous en avons fait usage. Enfin, nous ne rapportons pas ici les diverses indications bibliographiques contenues dans les thèses de :

Mirande. — Du syndrome appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques (étude clinique et pathogénique). Thèse de Paris, 1900-1901, numéro 74

Garreau.— Les pneumonies à point de côté abdominal (Les pseudo-appendicites pneumoniques). Thèse de Paris, 1902-1903, numéro 226.

En dehors de ces deux ouvrages, il faut citer :

Adams. — American Journal of obstetric. New-York, 1907.

Benmecke. — Ueber appendicitische symptôme bei Lobaerpneumonien. Med. Klinik, 1909, numéro 7, 14 février, p. 244.

Bragagnolo. — Della pneumonita acuta appendicolare. Riv. Veneta di Sc. Med. Venise, 1903, XX, p. 151-167.

Brelet. — A propos du diagnostic de l'appendicite ; le point de côté abdominal dans la pneumonie, etc. Gaz. Méd. de Nantes. 1908.

Comby. — Pleurésie simulant l'appendicite. Arch. de Méd. des enfants, 1904.

Cozzolino. — Sulla pneumonite lobare acuta nei bambini a dolore ectopico appendicolare. Gazz. degli Osped., 11 janvier 1903.

D'Œlsnitz. — Infections pleuro-pulmonaires débutant par des symptômes abdominaux. Archives de Médecine des enfants, décembre 1908, page 810.

Euzière. — Les pseudo-appendicites pneumoniques. Remarques pathogéniques. Gazette des Hôpitaux, 1909, p. 1459.

— Appendicite et pneumonie. Montpellier Médical, 1909.

— A propos d'un cas de pneumonie riche en complications digestives. Début pseudo-appendiculaire. Phénomènes bilieux. Ictère. Société des Sciences médicales de Montpellier, janvier 1910.

Fédeli. — Su di alcune manifestazioni dolore abdominale nella polmonite. Arch. internaz. di med. e chir., Naples, 1906.

Forte. — Journ. American Medic. Association, Chicago, 1904.

Glaterfeld. — Berliner Klin. Woch., 2 août 1909.

Haim. — Die Epityphlitis in Wediselbeziehung zu ihren bakteriellen Erregern. Dtsch. Arch. f. Klin. Chir., t. 78, 1906.

— Beitrag. zur. Pneumokokken epityphlitis. Wien. Klin. Voch. XVIII, 4, 1905.

Halipré. — Pseudo-appendicites pneumoniques. Revue médicale de Normandie, 10 octobre 1909, numéros 337-341.

Hutinel. — Appendicite et pseudo-appendicite dans certaines maladies infectieuses. Journal des Praticiens, 1908, p. 257.

Hampeln. — Ueber schwere Abdominalerscheinung im Begim einer Pneumonie oder Pleuritis. Zeitschr. f. Klin. Med., t. 45, 1902.

Küttner. — Les pseudo-appendicites. Beitrage z. Klin., Chir. II.

Leroux. — Société de Médecine et de Chirurgie, Paris, avril 1906.

Lesné et Marre. — Point de côté abdominal et phénomènes appendiculaires dans la pneumonie infantile. La Clinique, août, 1908, p. 513.

Loygnes. — Presse médicale, 22 février 1908, p. 128.

Melchior. — Ueber perityphlitische Symptome (Pseudoappendicites) im Beginne der Pneumonie. 1909, liv. III, p. 469.

Mignon. — Infections pleuro-pulmonaires à allures cliniques d'infection intra-péritonéale. Bull. de la Soc. de Chir., 1908, p. 510.

Prandi. — Gaz. degli ospedali. Milan, 1904.

Raillet. — Pneumonie simultanée chez le frère et la sœur. Appendicite et pneumonie. Gazette des Hôpitaux, 1908, p. 1779.

Rohrer. — Maryland Medical Journal, 1902.

Romme. — Points douloureux et contracture de la paroi abdominale. Presse Médicale, 1907, numéro 165, p. 851.

Satulla. — Della temperatura, etc.

Sevestre. — Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris, 15 avril 1902, p. 153.

Thomas. — American J. of obstetrics. New-York, 1907.

TRIBOULET. — Pneumonie et syndrome appendiculaire mitral. La Clinique, 1908, numéro 14, p. 216.

VETTESEN. — Appendicites und Pneumonie., 1905, XII. Anal. dans Munch. med. Wochenschrift, 1906, 327.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 10 mars 1910.
Pour le Recteur,
Le Vice Président du Conseil
de l'Université,
PÉLISSIER.

Vu et approuvé
Montpellier, le 10 mars 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesse ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !